

Trouble de la personnalité borderline

 Pour les articles homonymes, voir [Borderline](#).
Trouble de la personnalité borderline

Le **trouble de la personnalité limite** (TPL) ou **trouble de la personnalité borderline**^[1] (TPB) est un trouble de la personnalité caractérisé par une impulsivité majeure et une instabilité marquée des émotions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi^[2].

Le terme anglais *borderline* (« cas-limite » ou « état-limite ») est issu de l'expression utilisée par le psychiatre américain Charles Hamilton Hugues, en 1884, "*the borderland of insanity*", et s'est ensuite appliqué aux hypothèses psychanalytiques dans lesquelles le terme désigne un type frontière entre « l'organisation névrotique » et « l'organisation psychotique ». D'après cette théorie, il reposerait sur l'angoisse de perte d'objet et se traduirait par une insécurité interne constante et des attitudes de mise à l'épreuve de l'entourage incessantes. Une de ses modalités défensives est le passage à l'acte (par l'automutilation, des conduites addictives et tentatives de suicide, etc.) comme décharge de l'angoisse.

1 Signes et symptômes

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV-TR*) définit deux comportements principaux liés au trouble de la personnalité borderline : un comportement impulsif, et une instabilité émotionnelle ainsi que dans les relations sociales et sur l'image de soi, spécifiant neuf critères pour démontrer la présence de ces comportements^[3]. Cependant, certains spécialistes trouvent difficile le diagnostic du TPB avec le *DSM-IV-TR*, car ce trouble mental regroupe une grande variété de comportements^[4]. Pour résoudre ce problème, [Marsha Linehan](#) regroupe les symptômes du TPB sous cinq catégories : émotions, comportement, relations interpersonnelles, image de soi, et cognition^[4].

1.1 Émotions

Les individus souffrant de TPB ressentent les émotions plus sensiblement, plus profondément et plus longtemps que la normale^[5]. Par exemple, lorsqu'une émotion est déclenchée pendant 12 secondes, elle peut durer plus longtemps chez 20 % des individus souffrant de TPB^[6]. En outre, les émotions chez les individus souffrant de TPB peuvent refaire surface, ou durer plus longtemps et

aller beaucoup plus loin^[6]. En conséquence, les individus prennent plus longtemps à se stabiliser émotionnellement après une intense expérience émotionnelle^[7]. Du point de vue de [Marsha Linehan](#), la sensibilité, l'intensité, et la durée des émotions ressenties chez les individus atteints de TPB peuvent avoir un impact à la fois positif ou négatif^[7]. Ils sont souvent exceptionnellement idéalistes, heureux et adorables^[8]. Cependant, ils peuvent se sentir dépassés par leurs émotions négatives, et font l'expérience d'une intense douleur psychologique plutôt que de la tristesse, de la honte et des sentiments d'humiliation plutôt que de l'embarras, de la colère plutôt que de l'ennui, et une peur panique plutôt que de la nervosité^[8]. Ils sont spécifiquement plus sensibles au rejet, à l'isolement et aux sentiments d'échec^[9]. Leurs efforts pour tenter d'échapper ou calmer leurs émotions peuvent mener à un comportement suicidaire et d'automutilation^[10]. Ils sont souvent conscients de l'intensité de leurs réactions émotionnelles négatives et, bien qu'ils ne puissent pas réguler leurs émotions, ils peuvent les cacher complètement^[7]. Cela peut avoir un impact négatif sur les individus souffrant de TPB, car ces émotions avertissent leur entourage de la présence d'une situation problématique, mais ils ne les expriment pas^[7].

Bien qu'ils puissent ressentir une joie plutôt intense, ils peuvent également souffrir de dysphorie, ou de sentiments de détresse mentale ou émotionnelle. [Zanarini et al.](#) reconnaissent quatre catégories de dysphorie typiques à cette condition : émotions très intenses ; destruction ou auto-destruction ; sentiments de trahison ; et sentiments de victimisation^[11]. Parmi ces catégories, un diagnostic du TPB est grandement associé au mélange de trois états spécifiques : 1) sentiment de trahison, 2) sentiment d'une envie de se blesser, et 3) sentiment de n'avoir aucun contrôle^[11]. Bien que les individus souffrant de TPB fassent l'expérience de différents types de dysphorie, l'amplitude de la détresse est un indicateur utile du trouble de la personnalité borderline^[11].

En plus des émotions intenses, les individus souffrant de TPB font l'expérience d'une humeur très changeante. Bien qu'un changement d'humeur rapide entre déprime et joie soit suggéré, les changements d'humeur surviennent fréquemment entre colère et anxiété, et entre déprime et anxiété^[12].

1.2 Comportement

Les comportements impulsifs sont habituels, dont l'alcool-dépendance ou l'abus substantiel, des troubles

de l'appétit, des problèmes de libido ou de sexe, et une agressivité au volant^[13]. Selon Shari Manning, les comportements impulsifs peuvent également impliquer la démission d'un travail, l'abandon des relations sociales ou interpersonnelles, les fugues, le shopping, et l'automutilation^[14].

Selon Shari Manning également, les individus souffrant de TPB agissent d'une manière impulsive car ils recherchent un acte immédiat en réponse à leur souffrance émotionnelle^[14]. Cependant, à long terme, les individus culpabilisent et se sentent honteux d'avoir agi de la sorte^[14]. Toujours à long terme, ils peuvent selon le docteur Manning être hospitalisés, emprisonnés, devenir sans-abri, et tomber dans la pauvreté^[14]. Un cycle est souvent aperçu chez ces individus dans lequel ils ressentent une souffrance émotionnelle, engagent par la suite des actes impulsifs en réponse à cette souffrance, se sentent honteux et culpabilisent à cause de leurs actions, ressentent une souffrance émotionnelle à cause de la honte et de la culpabilité, et engagent un comportement impulsif plus intense en réponse à cette nouvelle souffrance émotionnelle^[14]. Au fur et à mesure du temps, ces comportements impulsifs deviennent automatiques pour répondre à la souffrance émotionnelle^[14].

1.3 Automutilation et suicide

L'automutilation et les tendances suicidaires sont au cœur du critère diagnostique du *DSM IV-TR*. Guérir ce comportement est difficile^[15]. Le taux de suicide chez les patients souffrant de TPB atteint 8 à 10 pour cent^{[16],[17]}. L'automutilation est répandue, et peut se manifester avec ou sans intentions suicidaires^{[18],[19]}. Les raisons de l'automutilation non-suicidaire diffèrent des tentatives suicidaires^[10]. Les raisons de l'automutilation non-suicidaire incluent l'expression de la colère, l'auto-punition, et la tentative d'oublier la souffrance émotionnelle exprimée sur le moment^[10]. Les tentatives suicidaires, au contraire, s'expriment chez les individus qui n'arrivent plus à supporter leur détresse émotionnelle^[10]. Que ce soit de l'automutilation avec ou sans intention suicidaire, il s'agit d'une réponse aux émotions négatives ressenties^[10].

L'agression sexuelle peut également être un facteur de suicide chez les adolescents atteints de TPB^[20].

1.4 Relations interpersonnelles

Les individus souffrant de TPB sont particulièrement sensibles à la manière dont les autres agissent à leur égard ; la gentillesse perçue leur fera ressentir une joie et une gratitude intenses, et des agissements perçus comme négatifs leur feront ressentir une tristesse et une colère intense^[21]. Leurs sentiments vis-à-vis des autres varient du positif au négatif après une déception, une menace ressentie d'avoir perdu quelqu'un, ou une perte perçue d'estime de quel-

qu'un qu'ils apprécient. Ce phénomène, parfois appelé **clivage du moi**, exprime une idée perçue de l'autre variant du positif (admiration et amour) au négatif (colère et haine)^[22]. Mélangée aux troubles de l'humeur, cette idéalisation peut poser des problèmes relationnels avec la famille, les amis et ou collègues de travail^[23]. L'image de soi peut également et rapidement changer du positif au négatif.

Désirant fortement garder leur intimité, les individus souffrant de TPB se soucient grandement de leurs relations^[24] et perçoivent généralement le monde comme dangereux ou malveillant^[21]. Le trouble de la personnalité borderline pourrait procéder d'un stress chronique et de conflits dans les relations amoureuses, d'une insatisfaction de son conjoint ou sa conjointe, ou encore de **violences**. Cependant, ces facteurs sembleraient plutôt liés aux troubles de la personnalité en général^[25].

1.5 Cognition

Les émotions intenses chez les individus souffrant de TPB peuvent rendre difficile l'attention. En d'autres termes, il leur est difficile de se concentrer^[26].

2 Diagnostic

2.1 DSM-IV

Le trouble de la personnalité *borderline* est décrit comme « un schéma envahissant d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, également marqué par l'impulsivité commençant chez le jeune adulte et présent dans un grand nombre de contextes » (*DSM-IV*, axe 2). Selon le *DSM-IV*, il faut au moins cinq des neuf critères présents pendant un laps de temps significatif :

- efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé ;
- mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses excessives, sexualité, toxicomanie, alcoolisme, jeu pathologique, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ou d'anorexie) ;
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;

- instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
- sentiments chroniques de vide ;
- colères intenses (rage) et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées, colère subite et exagérée) ;
- survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

En somme, le trouble de personnalité limite est principalement caractérisé par :

- la peur du rejet et de l'abandon ;
- l'instabilité de l'humeur ;
- la difficulté à contrôler les pulsions, les actions, les réactions, les actes impulsifs souvent néfastes ;
- les relations interpersonnelles instables ;
- une difficulté avec l'intimité ;
- une dissociation et une méfiance importante en présence de stress.

Selon une étude publiée dans la revue *Psychiatry Research*, le personnage de fiction d'Anakin Skywalker, futur Dark Vador dans la série cinématographique *Star Wars*, présente plusieurs symptômes indiquant un trouble de la personnalité limite^[27]. Selon les auteurs de l'étude, cette observation pourrait se révéler utile dans l'enseignement des symptômes de ce trouble, le personnage faisant partie du fond culturel de la plupart des étudiants.

2.2 Approche phénoménologique

« Il s'agit de gens, pour la plupart des femmes, qui ont grandi avec le sentiment de ne pas avoir reçu l'attention et l'appui qui leur reviennent. Ils en sont révoltés et ils cherchent des façons de compenser cela dans leurs relations. Ils ont des attentes élevées et, quand leurs besoins sont à nouveau abandonnés, ils y répondent avec de la colère et du désespoir. » (John Gunderson, psychiatre américain spécialiste dans la prise en charge des *borderline*)^[28].

« Avoir une personnalité *borderline* n'est pas un drame en soi... car après avoir acquis une bonne conscience de ses vulnérabilités, les traits de personnalité d'hier générateurs de difficultés (trouble relationnel, chaos intense, sentiment de vide, rage, etc.) deviennent des générateurs de

potentialités (intelligence émotionnelle, hypersensibilité, passion, authenticité, spontanéité, compassion, etc.). » (P^r Évans Villeneuve, chef du programme de traitement des troubles sévères de personnalité, Institut universitaire en santé mentale de Québec (CA)).

Souvent dans l'anamnèse, une carence affective (exemple : absence du père), une maltraitance, des abus sexuels (pédophilie, viols) mais ce point reste très discuté, notamment face au phénomène des faux souvenirs induits qui peuvent piéger le clinicien. Les éléments suivants, installés à l'adolescence, et de façon prolongée, pourraient évoquer une personnalité *borderline* mais cela reste à étayer, entre autres au sujet de la démarcation entre normal et pathologique^[29] :

- sentiments de vide, d'ennui ;
- sentiment d'être abandonné (peur irraisonnée de l'abandon) ;
- dévalorisation ;
- abus de substances (alcool, stupéfiants) ;
- automutilations, conduites à risque (par exemple conduire en état d'ébriété, prostitution), tentatives de suicide ;
- carence narcissique ;
- difficulté à identifier et à réguler ses émotions (alexithymie, cyclothymie) ;
- trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- sexualité chaotique ;
- insomnie chronique ;
- tendance à la manipulation.

2.3 Imagerie par résonance magnétique

La personnalité limite est difficile à vérifier par IRM pour deux raisons : peu de données ont été compilées à ce jour et le syndrome *borderline* est souvent diagnostiqué en comorbidité avec d'autres troubles identifiables par IRM. Toutefois, on observe généralement une diminution du lobe frontal, de l'hippocampe et du complexe amygdalien. Il peut être observé un dysfonctionnement de la sérotonine en ce qui a trait à l'impulsivité. Une particularité est également un dysfonctionnement du métabolisme du glucose particulièrement dans le cortex frontal, mais aussi dans d'autres parties du cerveau^[30].

2.4 Comportement social et couple

Les relations humaines de la personne sont souvent très instables. Cela est en rapport avec son image de lui-même troublée. Ainsi, même des liens émotionnels intenses n'empêchent pas que la position vis-à-vis des membres de la famille, d'amis ou de partenaires soudainement tourne d'idéalisation (admiration et amour fort) en dépréciation. Lorsque le patient croit être traité de façon injuste (que cela soit vrai ou non), il réagit souvent violemment et impulsivement, et ne trouve pas d'issue à son univers de reproches vis-à-vis de lui-même et des autres - ou même de haine de soi-même. Beaucoup de gestes des autres sont interprétés faussement ou qualifiés comme hostiles par une sur-interprétation. Ils sont intensément analysés et examinés par rapport à leur contenu de « signaux ». La personne a des difficultés à interpréter justement le comportement des autres. Sa perception de l'autre est très changeante (« constance d'objet insuffisante »). Il existe un rapport entre la peur d'être abandonné et la difficulté de se sentir émotionnellement lié à une personne-clé quand celle-ci est absente (« constance d'objet insuffisante »)^[réf. nécessaire]. Cela aboutit à un sentiment d'être abandonné et de n'avoir aucune valeur. Dans ces contextes, il peut y avoir des menaces de suicide ou des tentatives de suicide^[réf. nécessaire].

2.5 Diagnostic différentiel

La personnalité *borderline* est parfois associée à un trouble bipolaire. De brefs épisodes psychotiques (délires) sont possibles mais toujours de façon limitée dans le temps, parfois en rapport avec la consommation de substances toxiques. En aucun cas le trouble *borderline* n'est une schizophrénie. L'évolution naturelle de ce trouble de la personnalité est l'apparition de symptômes à l'adolescence, et leur régression vers l'âge de 40 ans. Tout l'enjeu de la prise en charge est d'accompagner ces années de « jeune adulte » le mieux possible. Le diagnostic différentiel de la personnalité *borderline* incluent : haut potentiel, syndrome de stress post-traumatique, schizophrénie, trouble bipolaire, hypothyroïdie, et épilepsie.

2.6 Société chinoise de psychiatrie

La CCTM de la société chinoise de psychiatrie contient un diagnostic comparable de « trouble de la personnalité impulsif » (TPI). Un patient diagnostiqué de TPI souffrirait de troubles affectifs et un « comportement impulsif marqué »

3 Prévalence

La prévalence du TPB dans la population générale est de 0,5 à 5,9 % . Ce trouble est retrouvé chez 10 % des pa-

tients suivis en ambulatoire, et 15 à 25 % des patients hospitalisés en service de psychiatrie^[31]. 40 à 85% des patients présentant un TPB feront une ou plusieurs tentatives de suicide, et 10% décéderont par suicide (soit un risque multiplié par 50 par rapport à la population générale)^[32]. Le trouble de personnalité limite affecte autant les hommes que les femmes dans la population générale^[33]. En revanche, il existe une surreprésentation des femmes en population clinique, sans doute liée à un meilleur accès aux soins chez celles-ci (tendance plus marquée à consulter ou à chercher de l'aide).

Un effet de boucle rétroactive est constaté car les psychiatres sont habitués à poser ce diagnostic chez des femmes ; en revanche ils ont moins de visibilité sur le nombre d'hommes qui en seraient touchés. Les hommes ont aussi tendance à exprimer leurs malaises psychologiques par des gestes erratiques, impulsifs, ou violents et l'abus de stupéfiants. Leur plus grande difficulté à exprimer des émotions peut provoquer des comportements délictueux en s'apparentant à un trouble de personnalité antisociale, on peut donc les retrouver en institution pénitentiaire, où le TPB a encore moins de chances d'être dépisté^[réf. nécessaire].

4 Traitements

Il n'y a pas de médication associée à ce trouble en tant que tel mais la psychothérapie, et la prise d'antidépresseurs et d'antipsychotiques, sont des moyens qui peuvent aider. Certains endroits offrent donc des groupes d'entraide pour favoriser le *traitement* du TPB.

4.1 Psychothérapie

Plusieurs interventions peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du trouble de la personnalité limite. Différentes approches thérapeutiques, de courte ou de longue durée, peuvent être utilisées incluant psychanalyse, psychoéducation, psychothérapie individuelle, thérapie de couple, intervention familiale et pharmacothérapie. Les objectifs thérapeutiques sont alors d'acquérir une meilleure connaissance de soi, d'analyser, comprendre et modifier ses réactions impulsives, de développer des stratégies pour mieux gérer ses émotions et sa détresse, de développer des relations interpersonnelles plus harmonieuses et d'améliorer sa qualité de vie. Cependant, il n'existe pas de médicaments spécifiques pour traiter ce trouble. Dans certains cas, une médication peut être prescrite afin d'atténuer des symptômes difficiles à maîtriser, tels que l'anxiété, la dépression, l'impulsivité, les variations de l'humeur et la perte de contact avec la réalité.

La psychothérapie dialectique comportementale est une approche spécifique au traitement du trouble de l'état limite a été développée par Marsha Linehan à l'Université

de Washington à Seattle dès les années 1980. La recherche établit que cette thérapie est plus efficace que les approches usuelles en ce qui concerne le comportement suicidaire et les hospitalisations. De plus, les patients abandonnent moins fréquemment la thérapie^{[réf. nécessaire]^[34]}. La philosophie de l'approche de Linehan est basée sur la dialectique de Marx et Hegel. Cette thérapie s'inscrit dans une approche globale de la personne d'un point de vue bio-psycho-social. Et de ce fait, elle est considérée comme un traitement cognitivo-comportemental. Cette perspective permet de travailler sur la pensée dichotomique typique de ce trouble de la personnalité, appelée clivage par les psychanalystes. Le thérapeute aide le patient à intégrer les deux polarités.

La psychothérapie dialectique comportementale contient quatre phases, qui suivent le pré-traitement. Le pré-traitement sert à obtenir des informations pour arriver à une décision mutuelle du thérapeute et du patient à travailler ensemble. Dans les années qui suivent, le patient arrive à intégrer le passé, le présent et le futur, les visions contradictoires de soi et d'autrui, en somme d'accepter la réalité telle qu'elle est^[35].

4.2 Médicaments

Une revue de 2010 de la collaboration Cochrane montre que la sévérité totale du trouble de personnalité borderline n'est significativement affecté par aucun médicament. Il n'y a pas de médicaments qui soient prometteurs pour les symptômes clefs du trouble de personnalité borderline que sont la sensation de vide, la perturbation de l'identité et la sensation d'être abandonné. Cependant, les auteurs ont trouvé que certains médicaments peuvent avoir un effet sur certains symptômes ou les symptômes de certaines pathologies associées^[36].

L'halopéridol pourrait diminuer les sensations de colère. Le flupentixol pourrait diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire^[36]. Parmi les neuroleptiques atypiques, l'aripiprazole pourrait diminuer les problèmes interpersonnels, l'impulsivité, la colère, les symptômes psychotiques de types paranoïdes, la dépression, l'anxiété. L'olanzapine pourrait diminuer l'instabilité, la colère, les symptômes psychotiques de types paranoïdes et l'anxiété, cependant, un placebo avait un plus grand effet sur l'idéation suicidaire que l'olanzapine^[36]. Parmi les thymorégulateurs, le valproate pourrait améliorer la dépression et les problèmes interpersonnels et diminuer la colère. La lamotrigine pourrait diminuer l'impulsivité et la colère. Le topiramate pourrait améliorer les problèmes interpersonnels, l'impulsivité, l'anxiété, la colère. La carbamazépine semble inutile. Parmi les antidépresseurs, l'amitriptyline pourrait diminuer la dépression mais la miansérine, la fluoxétine, la fluvoxamine et la phenelzine ne semblent montrer aucun effet. Les acides gras oméga-3 pourraient empêcher le passage à l'acte suicidaire et améliorer la dépression^[36]. Cependant, ces résultats sont à prendre avec beaucoup de précaution, le diagnostic

de trouble de personnalité borderline est complexe. Il est possible que cette entité reflète plusieurs mécanismes complètement différents. La plupart des études n'ont pas été répliquées. Les effets à long terme des traitements dans cette indication n'ont pas été évalués^[36].

À cause de la faiblesse de ces données, et le risque d'effets secondaires graves potentiels provenant de certains médicaments, le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) anglais en 2009 a proposé dans ses recommandations « le traitement médicamenteux ne doit pas être utilisé spécifiquement pour les troubles de la personnalité borderline ou pour les symptômes et les troubles du comportement individuels associés à ce trouble^[37]. » Mais le traitement médicamenteux peut être considéré comme un traitement général d'une pathologie associée. Elle suggère, la réévaluation des traitements des personnes avec un trouble de la personnalité borderline qui n'ont pas de comorbidité psychiatrique ou non psychiatrique et qui ont actuellement des traitements prescrits. Cela permettant alors de diminuer et d'arrêter les traitements non nécessaires.

Il n'existe pas de recommandations françaises sur les troubles de la personnalité borderline fin 2012^[38].

5 Histoire

Les « états-limites », les « états intermédiaires » ou encore les « pathologies limites » furent d'abord décrits en psychiatrie dès 1884 par C. Hugues pour des états qui oscillaient toute leur vie entre les limites de la démence (au sens de l'époque c'est-à-dire : psychose) et de la normalité. Un autre médecin, J.-C. Rosse recherche en 1890 les preuves cliniques des folies limites.

5.1 Psychanalyse

En 1932 Edward Glover mentionne ce terme en le critiquant dans un article où il met en évidence le lien entre *borderline* et addictions dans un schéma^[39] : *J'ai représenté les addictions comme de réels états « borderline » en ce sens qu'ils ont un pied dans les psychoses et l'autre dans les névroses. Ils ont leurs racines dans les états paranoïdes, bien qu'occasionnellement un élément mélancolique domine le tableau. Néanmoins, ils sont suffisamment du côté névrotique du développement pour préserver une relation à la réalité nettement adéquate si ce n'est l'importante exception de la relation avec les drogues, derrière lesquelles repose le mécanisme paranoïde*^[40]. Sigmund Freud dans *Analyse avec fin et analyse sans fin* (1937), a émis l'idée que tout névrosé possède un moi en partie psychotique. D'autres auteurs développent l'idée de facteurs « schizoïdes » actifs dans de nombreuses pathologies^[41].

En 1938, le psychanalyste Adolph Stern reprend le terme *borderline* en insistant sur l'« hypersensibilité » des sujets, leur « rigidité défensive » et leur « peu d'estime

de soi »^{[42],[43]}. Otto Fenichel met en évidence cette pathologie^[44]. On signale encore le terme en 1951 dans un article du *Psychiatric Quarterly* signé par un autre psychanalyste, Victor W. Eisenstein et c'est à peu près depuis lors que sa diffusion se généralise.^[réf. nécessaire] En 1942, Helene Deutsch a décrit un type de personnalité, les *as if*, qui se rapproche sur beaucoup de points de ce qui deviendra les caractéristiques des *borderlines* : *[les as if] sont des cas dans lesquels la relation émotionnelle de l'individu avec le monde extérieur et avec son propre moi apparaît appauvrie ou absente, ils sont en relation étroite avec la dépersonnalisation*. Ils apparaissent selon elle comme *normaux extérieurement* mais manquant d'authenticité dans leur vie émotionnelle qui apparaît *vide et ennuyeuse* (à entendre dans le sens de sortes de dépressions^[pas clair])^[45]. En 1945, Otto Fenichel approuve cette notion en montrant la présence de troubles de nature psychotique dans d'autres troubles que la psychose elle-même.

Germaine Guex insiste sur ce qu'elle appelle d'abord la **névrose d'abandon** (1950), puis **syndrome d'abandon**, pour décrire l'état d'enfants alors appelés *caractériels*, terme qui recouvrait plus une contre-attitude qu'une réelle volonté explicative. Il s'agissait d'enfants qui avaient généralement subi un abandon plus ou moins précoce qui se manifestait par une insécurité affective et un besoin constant d'obtenir à tout prix des preuves d'amour pour assurer une certaine sécurité (avidité affective insatiable). *L'abandonné* écrivait-elle, « aspire au sentiment de fusion avec un autre être (la mère) et non au sentiment de relation qu'il ne conçoit même pas ». Elle rejoint ainsi les observations d'Helene Deutsch à propos des personnalités *as if*. Germaine Guex souligne aussi que ces personnes ne supportent guère la cure type analytique mais qu'il faut aménager un cadre qui soit adapté à leur niveau de fonctionnement. Le cruel paradoxe de ce dispositif défensif est que cette avidité affective se conclut souvent pour le sujet par des rejets réels, tellement le besoin exprimé tyrannise les objets^{[46],[47]}. Otto F. Kernberg proposera le terme d'« organisation limite » (1975) qui écrit sur une pathologie du caractère (de la personnalité) et une pauvre modulation de la rage envers les objets (personnes), d'où le clivage subséquent avec polarisation des relations qui soit idéalise ou soit dévalorise la vision de la personne des autres. L'organisation limite est similaire à un état limite, terme utilisé par les psychanalystes français^{[48],[49]}. Pour Herbert Rosenfeld, c'est l'atteinte au narcissisme qui doit être prise en compte dans le diagnostic et le traitement^[50]. Harold Searles considère lui que, chez les patients *borderline*, le moi fonctionne sur un mode autistique^[51].

Jean Bergeret, en 1975, suggère lui aussi un rapprochement entre les pathologies limites et la *dépression*^[52]. Cette organisation psychique à la frontière, « entre deux eaux », suggère en fait que les théories de la névrose et de la psychose ne sauraient suffire. Ce sont de nouveaux champs d'études que les pathologies limites rendent indispensables : qu'il s'agisse de l'étude du narcissisme,

de son implication dans la relation à l'autre, ou encore l'étude de la perception du temps, ou de la nature des traumatismes psychiques. L'idée de frontière ne saurait donc éviter l'étude, l'écoute psychanalytique du singulier qu'apporte chaque patient.

5.2 Cure psychanalytique

En *psychanalyse*, il est généralement admis que cette catégorie - vaste et floue - désigne des organisations à la frontière des *névroses* et des *psychoses*^[44]. Les traitements psychanalytiques adaptés sont, parfois la *cure type* mais plus souvent un dispositif aménagé avec un nombre de séances hebdomadaires variant entre une et quatre par semaine, généralement en face à face. C'est ce qui a été appelé la *psychothérapie psychanalytique*, certains comme Otto F. Kernberg ajoutent « des états limites » pour souligner la spécificité de l'approche^[53].

6 Débats

Le terme est utilisé dans les deux acceptions, l'une tirée du *behaviorisme* qui sous-tend les classifications du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)* en 2013) et de la *Classification internationale des maladies (CIM-10)* et l'autre tirée de la théorie psychanalytique qui sous-tend une organisation défensive inconsciente. Les querelles de courants^[54] ont un impact au niveau des définitions et des traitements. Pour les tenants du premier courant, une localisation cérébrale qui serait révélée par les *neurosciences* est à l'avenir probable.

7 Notes et références

- [1] Association américaine de psychiatrie (AAP), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*, « Trouble de la personnalité borderline »
- [2] J.-D. Guelfi, L. Cailhol, M. Robin et C. Lamas, « Etats limites et personnalité borderline », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2011
- [3] (en) Borderline personality disorder – *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Quatrième édition (*DSM-IV-TR*) American Psychiatric Association (2000).
- [4] (en) Manning, p. 13
- [5] (en) Linehan 1993, p. 43
- [6] (en) Manning 2011, p. 36
- [7] (en) Linehan 1993, p. 45
- [8] (en) Linehan 1993, p. 44
- [9] Stiglmayr *et al.* 2005, p. 372–9

- [10] (en) Brown, Milton Z, Comtois, Katherine Anne ; Linehan, Marsha M., Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder, vol. 111, février 2002, 198–202 p. (DOI 10.1037/0021-843X.111.1.198, lire en ligne)
- [11] (en) Zanarini MC, Frankenburg FR, DeLuca CJ, Hennen J, Khera GS, Gunderson JG, The pain of being borderline : dysphoric states specific to borderline personality disorder, vol. 6, 1998, 201–7 p. (PMID 10370445, DOI 10.3109/10673229809000330)
- [12] (en) Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, *et al.*, Characterizing affective instability in borderline personality disorder, vol. 159, mai 2002, 784–8 p. (PMID 11986132, DOI 10.1176/appi.ajp.159.5.784, lire en ligne)
- [13] (en) National Education Alliance for Borderline Personality Disorder, « A BPD Brief » [PDF] (consulté en 2013), p. 4
- [14] Manning 2011, p. 18
- [15] (en) Hawton K, Townsend E, Arensman E, *et al.*, Psycho-social versus pharmacological treatments for deliberate self harm, 2000, CD001764 p. (PMID 10796818, DOI 10.1002/14651858.CD001764, lire en ligne)
- [16] (en) Borderline Personality Disorder Facts. *BPD Today*. Consulté le 21 septembre 2007.
- [17] (en) Gunderson J, “Borderline Personality Disorder”, “The New England Journal of Medicine”, 26 mai 2011.
- [18] (en) Soloff P.H., Lis J.A., Kelly T. *et al.*, Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder, vol. 8, 1994, 257–67 p. (DOI 10.1521/pedi.1994.8.4.257)
- [19] (en) Gardner D.L., Cowdry R.W., Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder, vol. 8, 1985, 389–403 p. (PMID 3895199)
- [20] (en) Horesh N, Sever J, Apter A, A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder, vol. 44, juillet–août 2003, 277–83 p. (PMID 12923705, DOI 10.1016/S0010-440X(03)00091-9)
- [21] (en) Arntz A, Introduction to special issue : cognition and emotion in borderline personality disorder, vol. 36, septembre 2005, 167–72 p. (PMID 16018875, DOI 10.1016/j.jbtep.2005.06.001)
- [22] (en) « What Is BPD : Symptoms » (consulté en janvier 2013)
- [23] (en) Robinson, David J., *Disordered Personalities*, Rapid Psychler Press, 2005, 255–310 p. (ISBN 1-894328-09-4)
- [24] (en) Levy KN, Meehan KB, Weber M, Reynoso J, Clarkin JF, Attachment and borderline personality disorder : implications for psychotherapy, vol. 38, 2005, 64–74 p. (PMID 15802944, DOI 10.1159/000084813)
- [25] (en) Daley SE, Burge D, Hammen C, Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women : addressing issues of specificity, vol. 109, août 2000, 451–60 p. (PMID 11016115, DOI 10.1037/0021-843X.109.3.451, lire en ligne)
- [26] Manning, p. 23
- [27] Bui, E., Rodgers, R., Chabrol, H., Birmes, Ph. et Schmitt, L. (2011) - « Is Anakin Skywalker suffering from borderline personality disorder ? », *Psychiatry Research*, 185, p. 299. (résumé (en))
- [28] D^r Jean-Marc Guilé : *Certaines confusions de langage doivent être d'abord clarifiées, le concept psychodynamique d'état limite étant par exemple souvent confondu avec celui de trouble de personnalité limite au sens du DSM-IV. Le trouble de personnalité limite (borderline personality disorder) est un syndrome spécifique regroupant des comportements observables tels que l'instabilité relationnelle ou l'impulsivité, tandis que le concept d'état limite (borderline condition) renvoie à une organisation de personnalité pathologique.*
- [29] Jean Bergeret : *La personnalité normale et pathologique*, Éd. : Dunod, 2003, 3^e édition, (ISBN 2-10-003007-8).
- [30] (en) C. Zanarini, Mary, *Borderline Personality Disorder*, p. 305-332
- [31] F. Leichsenring *et al.*, « Borderline personality disorder », *Lancet*, 2011
- [32] M. Oumaya *et al.*, « Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature », *L'Encéphale*, 2008
- [33] MF Lenzenweger *et al.*, « DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Biological Psychiatry*, 2007
- [34] Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- [35] Catherine Bégin et Danielle Lefebvre, « La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites » (consulté le 7 novembre 2013), *Santé mentale au Québec*, 1996, XXII, 1, 43-68.
- [36] (en) Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K, « Pharmacological interventions for borderline personality disorder », *Cochrane Database Syst Rev*, n^o 6, 2010, CD005653 (PMID 20556762, DOI 10.1002/14651858.CD005653.pub2, lire en ligne)
- [37] (en) « The UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2009 clinical guideline for the treatment and management of BPD » (consulté le 6 septembre 2011)
- [38] item 286 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_623401/epreuves-classantes-nationales-ecn-deuxieme-partie-maladies-et-grands-sym

- [39] Le schéma est reproduit en p. 124 du livre de Caroline Ferbos, Ali Magoudi : *Approche psychanalytique des toxicomanes*, PUF, fil rouge, (ISBN 2-13-039368-3).
- [40] *Edward Glover : A psycho-analytic approach to the classification of mental disorders* Journal of Mental Science, 1932, n° 7-8, p. 838 in Caroline Ferbos, Ali Magoudi : *Approche psychanalytique des toxicomanes*, PUF, fil rouge, (ISBN 2-13-039368-3).
- [41] William R. D. Fairbairn : *Études psychanalytiques de la personnalité*, In Press, 2000, (ISBN 2-9512286-0-0).
- [42] (en) A. Stern : *Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses*, Psychoanalytic Quarterly, 1938, vol. 7.
- [43] (en) Sylvan Keiser : *Transference in Borderline Neurosis*. : *Adolf Stern.*, Psychoanalytic Quarterly, vol. XVII, n° 4, (Keiser, S. (1948). *Transference in Borderline Neurosis*. Int. J. Psycho-Anal., 29 :180.
- [44] Élisabeth Roudinesco et Michel Plon, Dictionnaire de la psychanalyse, Paris, Fayard, coll. « La Pochotèque », 2011 (1^{re} éd. 1997) (ISBN 978-2-253-08854-7), p. 396
- [45] Helene Deutsch : *Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia*, Psychoanalytic Quarterly, 1942, t. 11.
- [46] Donald Winnicott a particulièrement bien illustré ce paradoxe dans son article *La haine dans le contre-transfert*.
- [47] Interventions de Lagache, Lacan, Dolto, etc. sur l'exposé de J. Favez-Boutonier : « Abandon et névrose », Société française de psychanalyse, *La Psychanalyse*, 1958, n° 4, les psychoses, p. 318-319 et p. 320.
- [48] Otto F. Kernberg : *Les Troubles limites de la personnalité*, éd. Dunod, 1997, coll. : Psychismes, (ISBN 2-10-003137-6).
- [49] Otto F. Kernberg : *Les troubles graves de la personnalité : Stratégies psychothérapeutiques*, Éd. : Presses universitaires de France, 2004, coll. : Le fil rouge, (ISBN 2-13-054703-6).
- [50] « Notes sur le diagnostic et le traitement psychanalytique des malades « borderline » » (consulté le 30 mars 2013), Herbert Rosenfeld.
- [51] Harold Searles : *Mon expérience des états-limites* Gallimard. 1994. (ISBN 2-07-072970-2).
- [52] Jean Bergeret (psychanalyste) : *La dépression et les états-limites*, Payot, 1992, Coll. : Science de l'homme, (ISBN 2-228-88597-5).
- [53] Otto F. Kernberg : *La Thérapie psychodynamique des personnalités limites*, Éd. : Presses Universitaires de France, 1995, coll. : Psychiatrie ouverte, (ISBN 2-13-046726-1).
- [54] Selon Joël Paris, entre autres, MD, professeur, département de psychiatrie, Université McGill (Montréal) ; Chercheur associé, département de psychiatrie, hôpital Sir Mortimer B. Davis-hôpital général juif de Montréal, le terme **borderline** serait un terme inapproprié, appuyé par

cette « vieille » théorie qui indiquait que cette pathologie se situe entre la psychose et la névrose. Pour lui, le trouble de personnalité limite doit être considéré comme un syndrome complexe dont les caractéristiques centrales incluent une instabilité de l'humeur, contrôle des impulsions et des relations interpersonnelles (Skodol, Gunderson et coll., 2002).

8 Annexes

8.1 Bibliographie

Psychanalytique

- André Green, *La Folie privée*, Gallimard, 1990.
- Pr Bernard Granger, Daria Karaklic, *Les Borderlines*, Odile Jacob. (ISBN 9782738127402)
- François Duparc, Christian Vasseur, Jean Cournut, Guy Cabrol, coll. *Les conduites à risque : Au regard de la psychanalyse*, In Press, 2006. (ISBN 2848350962)
- Germaine Guex, *Le Syndrome d'abandon* PUF, 1973.
- Helene Deutsch, *Les Personnalités as if*
- Ludwig Fineltain, *Glossaire psychiatrique*, Éditions Frison-Roche, 2000, (ISBN 2-87671-337-3)
- Jean Bergeret ; *Narcissisme et états-limites* (textes rassemblés avec Wilfrid Reid), Presses de l'Université de Montréal, 1986 - Dunod 1993
- Jean Bergeret, *La Personnalité normale et pathologique*, Éditions Dunod, 2003, 3^e édition. (ISBN 2100030078)
- Jean Bergeret, *La Dépression et les états-limites*, Payot, 1992, coll. Science de l'homme. (ISBN 2228885975)
- Jean Bergeret, *Abrégé de psychologie pathologique*, éd. Masson ; Édition, 10^e éd., 2008, Coll. : Abrégés, (ISBN 2-294-70174-7)
- Patrick Juignet, *États-limites et passions narcissiques*, Berger-Levrault, 1997
- Joyce McDougall, *Théâtre du Je*, Folio-Gallimard, 1982. (ISBN 2070314294)
- Harold Searles, *Mon expérience avec les états-limites*, Gallimard.
- Henri Rey, *Universaux de psychanalyse dans le traitement des états psychotiques et borderline (Facteurs spatio-temporels et linguistiques)*, éd. Hublot, préf. Alain Braconnier, trad. d'Élisabeth Baranger, 2000. (ISBN 2912186129)

- John Steiner, *Retraits psychiques. Organisations pathologiques chez les patients psychotiques, névrosés et borderline*, PUF, 1996. (ISBN 2130477585)
- Otto Fenichel, *La Théorie psychanalytique des névroses*, PUF, 1945.
- Otto F. Kernberg, *La Personnalité narcissique et les troubles limites de la personnalité*, Privat, 1975.
- (en) CE Stiglmayr, T Grathwol, MM Linehan, G, Ihorst, J Fahrenberg et M Bohus, « Aversive tension in patients with borderline personality disorder : a computer-based controlled field study », *Acta Psychiatr Scand*, vol. 111, n° 5, mai 2005, p. 372–379 (PMID 15819731, DOI 10.1111/j.1600-0447.2004.00466.x.)

Behavioriste et cognitiviste

- *L'Ennemi en moi*, histoire vraie d'une victime du trouble de la personnalité limite, Étienne Gervais, éditions Olographes, 2008. (ISBN 978-2-922299-15-1)
- *Trouble de personnalité limite et réadaptation - Points de vue de différents acteurs*, Collectif d'auteurs sous la direction de Robert Labrosse et Claude Leclerc, Éditions Ressources, 2007. (ISBN 978-2-923215-10-5)
- *Le Trouble de la personnalité borderline*, Alain Tortosa, éditions Archilogue, 10^e édition 2012.
- *Dans l'émotion d'une borderline (Le leurre de la gestion ou du contrôle des émotions)*, Alain Tortosa, éditions Archilogue, 7^e édition 2013.
- Dominique Page, *Borderline : retrouver son équilibre*, édition Odile Jacob, 2006
- Marsha M. Linehan, *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*, Médecine & Hygiène, 1993. (ISBN 2-88049-128-2)
- Marsha M. Linehan, *Le Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*, Médecine & Hygiène, 1993. (ISBN 2-88049-129-0)
- (en) Manning Shari, *Loving Someone with Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press, 2011 (ISBN 978-1-59385-607-6)
- *37°2 le matin*, Jean-Jacques Beinex, Cargo Films, 1986
- *Grey's Anatomy*, saison 4, épisode 17 (Rebecca Pope est atteinte de personnalité borderline)
- *Une vie volée*, James Mangold avec Winona Ryder, 1999
- *Esther*, Jaume Collet-Serra, Dark Castle Entertainment, 2009

8.3 Articles connexes

- Site francophone : Association d'aide aux personnes avec un état limite
- Actualité du syndrome borderline <http://www.bulletindepsychiatrie.com/bulle3.htm>
- Site américain en anglais BPD (Borderline Personality Disorder) : <http://www.bpdresourcecenter.org>
- Alexithymie
- Dysharmonie évolutive
- Structure en psychopathologie
-  Portail de la médecine
-  Portail de la psychologie

8.2 Filmographie

- *Borderline*, Lyne Charlebois, TVA Films, 2008
- *Jeune fille interrompue* Titre au Québec, *Une vie volée* titre français de *Girl interrupted*, James Mangold, 1999

9 Sources, contributeurs et licences du texte et de l'image

9.1 Texte

- **Trouble de la personnalité borderline** *Source* : https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_de_la_personnalit%C3%A9_borderline?oldid=131512940 *Contributeurs* : Fabien1309, Koyuki, Symac, Nguyenld, Mu, Phe, MedBot, VIGNERON, Phe-bot, Smily, JB, Ollamh, Markadet, Gwalarn, GL, Clío64, Chris a liege, Apokrif, Leag, Erasmus, Bob08, Muselaar, Pseudomoi, Edouard-lopez, Poulos, Sherbrooke, Ripounet, Godvicien, Like tears in rain, Zetud, David Berardan, Probot, Inisheer, Pbraun, Yelkrokoyade, Pok148, Gzen92, Buddho, Coyau, RobotQuistnix, FlaBot, Necrid Master, Cæruleum, Draky, YurikBot, Keikomi, Zelda, Lydio, Ico, Sand, MMBot, Moez, CHEFALAIN, Fabbot, Loveless, Floflo, Metzgermeister, Ofix, Danlud, Alexandre-ct, Takima, Tython, Pautard, Frédéric Lacasse, 120, ZooLise, Kuri2006, Esprit Fugace, SashatoBot, Malost, Pikabibou, Guychou, Manu1400, MetalGearLiquid, Liquid-aim-bot, RobertLabrosse, Xavmr-bond, Iperekh, Rc1959, Léon66, Bloubéri, Coccico2345, Thijs !bot, Groom Da Oger, TaraO, Monia lambert, Thrain, A2, DorisH-frwiki, Marianna, Surréalatino, Asram, Deep silence, Andromeda, Rhizome, Lefort, Fm790, MirgolthBot, Haltopub, Salebot, Stanislas Lefort, Bot-Schafter, LPLT, DorganBot, Idioma-bot, TXiKiBoT, Bernard Perthuis, Grace E. Dougle-frwiki, Damien.cateau, Renommé20150606, Ptbogourou, Xic667, SieBot, Louperibot, AkeronBot, Olivier Tanguy, Smaragdus, Kyro, Énea, Charles72000, Gomboc, Vlaam, Bub's, DumZiBoT, Gilbertus, Traleni, At1701, Orphée, Lurette, Cymbella, Fandepanda, Lynandra, Olybrius, Foulam, Guymartin1, ZetudBot, Gustavocarra, Bub's wikibot, Jaipasdepseudo, LaaknorBot, Ilpleuttoujours, FrankyLeRoutier, Daajack, CarsracBot, LinkFA-Bot, Luckas-bot, Cd67, GrouchoBot, Soren56, Xqbot, RibotBOT, Rubinbot, JackBot, Nouill, Boebey, AlmatBotJunior, *SM*, BenzolBot, Skull33, MastiBot, Lomita, Carole.Tatiana, Aquabon, AviaWiki, Jean-Rémy Homand, Alex core, EmausBot, Kvardek du, ZéroBot, Jolek, Jules78120, Skouratov, Sebguich, G de gonjasufi, Hunsu, Antaj7co, Symbolium, OrlodrimBot, Zpico, Asina Aurea, Xxemoprince, Thalymee, Éric Messel, BonifaceFR, Nicolario, Titlutin, Pierrette13, Obry, Enreveluj, Jujubernadette, Blodhorn, Dimdle, Addbot, Fanny kénéhan, Ylla222, Alex1989mtl, THANNITAR, Graphik Carnage, Do not follow, Belychie84, La femme de menage, Gzen92Bot, Adeic, WikiLili74, Laloès et Anonyme : 189

9.2 Images

- **Fichier:Disambig_colour.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/3e/Disambig_colour.svg *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Bub's
- **Fichier:Fairytales_bookmark_gold.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/66/Fairytales_bookmark_gold.svg *Licence* : LGPL *Contributeurs* : File:Fairytales bookmark gold.png (LGPL) *Artiste d'origine* : Caihua + Lilyu for SVG
- **Fichier:Gtk-dialog-info.svg** *Source* : <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/b4/Gtk-dialog-info.svg> *Licence* : LGPL *Contributeurs* : <http://ftp.gnome.org/pub/GNOME/sources/gnome-themes-extras/0.9/gnome-themes-extras-0.9.0.tar.gz> *Artiste d'origine* : David Vignoni
- **Fichier:Icon_psychology.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/f7/Icon_psychology.svg *Licence* : CC BY-SA 3.0 *Contributeurs* : File:Icon psychology.png and File:Biohazard template.svg *Artiste d'origine* : Reubot
- **Fichier:Star_of_life2.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5b/Star_of_life2.svg *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Verdy p
- **Fichier:Star_of_life_caution.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d5/Star_of_life_caution.svg *Licence* : LGPL *Contributeurs* : After Staf of life caution.jpg where User:Mike.lifeguard - merged Nuvola apps important yellow.svg and Star of life.svg *Artiste d'origine* :
- Raster version by User:Mike.lifeguard

9.3 Licence du contenu

- Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0